

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

2020-2021 Influenza Vaccine – Screening (Child)

Elige una seguridad para usar:

Seguridad 1

Seguridad 2

Seguridad 3

Otro: _____

Parte 1: Para distinguir si su hijo necesita recibir 1 o 2 dosis de la vacuna de influenza.

Si su hijo tiene 9 años o más, sigue al parte 2.

Si su hijo tiene 8 años o menos, contesta las preguntas que siguen en esta caja.

1. ¿Cuántas dosis de influenza ha recibido su hijo antes del 1 de julio 2020?

Ninguno solo 1 dosis mas de 1 dosis

2. ¿Su hijo ha recibido una vacuna de influenza este año (desde del 1 de julio, 2020)? No Sí

Si contesta 'sí', díganos cuántas recibió y las fechas. 1 dosis 2 dosis

Dosis 1: Fecha: mes ____ día ____ 2020 **Dosis 2:** Fecha: mes ____ día ____ 2020

Parte 2: Marque SÍ o NO para cada pregunta

| | NO | SÍ |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene su hijo algún alergia a medicamento, comida o cualquiera vacuna? | | |
| 2. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción seria a la vacuna de influenza? | | |
| 3. ¿Tiene su hijo problema de salud con enfermedades pulmonares (incluyendo asma), enfermedad cardiaca, enfermedad renal, enfermedades metabólicas (como diabetes), enfermedad del sistema nervioso, enfermedad de hígado, tiene un implante coclear, está saliendo liquido de la columna vertebral o no tiene bazo? | | |
| 4. ¿Si su hijo tiene entre 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, su doctor ha dicho que él/ella tiene asma? | | |
| 5. ¿Tiene su hijo cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunologico; o en los últimos 3 meses, ha tomado algún medicamento que efectúa el sistema inmunologico (como prednisona o otros esteroides, tratamiento contra la artritis, enfermedad de Crohn, soriasis, o medicamento contra el cáncer) o ha recibido tratamiento de radiación? | | |
| 6. ¿Su hijo está tomando medicamento antiviral contra la influenza? | | |
| 7. ¿Su hija está embarazada o tiene la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes? | | |
| 8. ¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barré? | | |
| 9. ¿Su hijo ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro (4) semanas? | | |

Si contestó 'Sí' explique aquí: _____

ELEGIBILIDAD PARA VACUNACIÓN (marque las apropiadas)

- Medicaid:** Niño, 0-18 años de edad, quien tiene Medicaid.
- Indígena Americana o nativo de Alaska:** Niño, 0-18 años de edad, quien se identifica como una Indígena Americana o nativo de Alaska, a pesar de cobertura de seguro médico.
- No tiene** seguro médico: Niño, 0-18 años de edad, quien no tiene ningún tipo de seguro médico.
- Seguro médico limitado:** Niño, 0-18 años de edad, que tiene seguro médico pero este seguro no cubre inmunizaciones.
- Asegurado:** Niño, 0-18 años de edad, quien tiene seguro médico lo cual cubre inmunizaciones.

****DO NOT WRITE BELOW THIS LINE****

To be completed by person administering vaccine

| Vaccination Date: 09/14/2020 | | Payer Source | | Codes | | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--|------------------------------------|--|------------|--|
| EIPHD Office: 1250 Hollipark Drive Idaho Falls, ID 83401 (208)533-3235 | | Insurance Medicaid VFC | | 90471 Nasal | | | | | |
| Vaccine | | Lot Number | | Provider Name | | Site | | Route | |
| 90686 | Flulaval 6 mo & up | | | | | Left or Right Deltoid: Leg | | IM | |
| 90674 | Flucelvax | | | | | Left or Right Deltoid: Leg | | IM | |
| 90672 | Flumist | | | | | Nasal | | Intranasal | |
| | OTHER | | | | | Left or Right Deltoid: Leg: Arm | | IM/SQ | |
| | OTHER | | | | | Left or Right Deltoid: Leg: Arm | | IM/SQ | |
| | OTHER | | | | | Left or Right Deltoid: Leg: Arm | | IM/SQ | |

Screening Reviewed and Education Provided by: _____

Checked in Scanned SuperBilled Checked out